FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°_____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

RENÉ LACROIX

Né à Paris, le 12 Décembre 1899

LA SPLÉNOMÉGALIE

au cours de

LA SYPHILIS PRIMAIRE

Travail du Service de M. le Docteur LOUSTE, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Président : M. JEANSELME, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

LANE LIBRARY

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

67641

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY . . .	Clinique médicale.
		SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à eurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Trop faible hommage d'amour filial

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur JEANSELME

Professeur de clinique des maladies cutanées
et syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Membre de l'Académie de Médecine

A M. le Docteur LOUSTE

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

En remerciement de l'enseignement que vous m'avez donné et de la bienveillante amitié que vous avez bien voulu me témoigner durant les trois années passées dans votre service.

A MES MAITRES

Stage :

M. le Professeur GILBERT, 1920

Externat :

M. le Professeur agrégé Paul MATHIEU
1921-1922
M. le Professeur GILBERT, 1922-1923
M. le Docteur LOUSTE, 1923-1926

Internat de Saint-Lazare :

M. le Docteur ERMENGE, 1925-1926
Médecin du Sénat

A MM. les Docteurs THIBAUT, DU CASTEL,
LÉVY-FRAENCKEL, JUSTER, BIZARD,
SAUPHAR, De GENNES, LÉCHELLE

Nous nous proposons d'étudier la splénomégalie au cours de la syphilis primaire. Après avoir précisé certains points de l'exploration clinique de la rate, nous montrerons la fréquence et la précocité de la splénomégalie au cours du début de l'infection syphilitique.

Ensuite nous montrerons la valeur de ce symptôme au cours du chancre mixte pour dépister la spécificité tout à son début, permettant ainsi l'institution précoce du traitement anti-syphilitique.

La splénomégalie devient donc un signe aussi précieux et précoce que l'adénopathie et mérite de rentrer parmi les signes de probabilité, presque de certitude, de l'infection syphilitique, tout à son début.

Introduction

Depuis longtemps on sait que la rate augmente de volume au cours des infections générales, au cours des septicémies. Signe d'importance moyenne au cours des maladies infectieuses générales aiguës où il est un épiphénomène, il devient dans certaines de ces maladies (fièvre typhoïde, paludisme) un signe précieux et très important.

Dans la syphilis, la splénomégalie, ainsi qu'on le verra plus loin, est un symptôme connu depuis longtemps et dans la syphilis primaire, et dans la syphilis secondaire.

Dans la syphilis secondaire, c'est un signe tellement constant qu'on oublie souvent de le rechercher ou qu'on a le tort de ne point le rechercher tant on est certain de le trouver chez un sujet présentant roséole et syphilides, chez un sujet profondément infecté.

Actuellement la recherche de la splénomégalie au cours de la syphilis dite primaire paraît oubliée, inconnue ou méconnue. La splénomégalie au cours de la syphilis primaire est cependant un signe cardinal.

La splénomégalie est un symptôme connu depuis fort longtemps au cours de la syphilis acquise.

Signalée cliniquement pour la première fois par Weille, en 1874, au cours de la syphilis primaire, la splénomégalie fut ensuite signalée par un grand nombre d'auteurs. C'est ainsi que, pour de Beurmann, la splénomégalie serait manifeste dès le sixième jour après le début du chancre. Cet auteur admet d'ailleurs la possibilité d'une splénomégalie précédant le chancre.

Il convient de constater que la splénomégalie jadis considérée comme une manifestation rare et tardive de la syphilis fût considérée, au fur et à m sure qu'on l'étudiait davantage, de plus en plus comme une manifestation précoce et fréquente.

C'est de cette façon qu'elle est considérée dans les traités classiques (Fournier, Gaucher). Mais comme l'indique le professeur Fournier c'est un symptôme absolument latent. Il faut le rechercher.

Un tel symptôme a été, durant longtemps, considéré comme offrant un intérêt médiocre. On comprenait que la rate réagissant aux infections pût être atteinte au cours de la septicémie syphilitique et l'on considérait la splénomégalie au cours de la syphilis secondaire comme un épiphénomène.

D'ailleurs c'est au cours du secondarisme seulement que l'on pensait a rechercher ce symptôme au même titre qu'un ganglion. Il n'était qu'un signe accessoire et n'intervenait, en aucune manière pour aider au diagnostic.

Notre maître, M. le Docteur Louste, recherche systématiquement, depuis quelques années, ce symptôme chez les malades porteurs de chancres. Aidé par cet enseignement nous avons pu constater, ainsi que nous l'exposerons plus loin, la valeur importante que prend ce symptôme, recherché ainsi précocement, pour établir le diagnostic et pour faire soupçonner la spécificité.

De la fréquence de la splénomégalie au cours de la syphilis primaire, de l'importance que prend ce symptôme pour diagnostiquer l'imprégnation syphilitique dans les cas douteux, dans les cas de chancres mixtes est née l'idée de ce travail.

D'ailleurs cette étude soulève maints problèmes touchant la septicémie syphilitique, sa précocité, la clinique même du chancre syphilitique, du chancre mou. Ces problèmes sont encore à l'étude ; si certains ont pu être solutionnés grâce à l'étude de la syphilis expérimentale, bon nombre sont encore obscurs car cette expérimentation est difficile.

Aussi de cette thèse chercherons-nous à tirer des conclusions pratiques, cliniques et qui puissent, d'une façon certaine, servir utilement à établir le diagnostic.

Considérations sur l'Exploration clinique de la Rate

Il convient, avant d'aborder l'étude de la splénomégalie au cours de la sphilis primaire, de préciser les limites topographiques de la rate afin de prendre, pour témoin d'une splénomégalie, un repère clinique indiscutable.

Située dans la partie gauche de l'étage sus-mésocolique de l'abdomen la rate est un organe profond appliquée contre le diaphragme, située en arrière de l'estomac. C'est ainsi un organe postérieur en rapports intimes avec le rein et la capsule surrénale du côté gauche.

On sait aussi que la rate présente un grand axe oblique de haut en bas, d'arrière en avant et de dedans en dehors, sensiblement parallèle à la direction des dernières côtes.

La rate est, dans sa loge, un organe mobile avec les mouvements de la respiration. L'état de vacuité ou de répétition de l'estomac et du côlon influent sur sa situation. Celle-ci dépend aussi de la position du malade.

Il convient aussi de préciser sa surface de projection sur la paroi thoracique.

Celle-ci affecte la forme d'un ovoïde dont l'axe serait représenté par la dixième côte. Cette surface de projection est limitée, en haut par le bord supérieur de la neuvième côte, en bas par le bord inférieur de la onzième côte.

Le pôle postérieur et supérieur de cette surface affleure l'articulation de la dixième côte sur le rachis

Le pôle antérieur et inférieur distant du précédent de treize centimètres est situé dans le dizième espace intercostal, en arrière de la ligne axillaire moyenne.

Cliniquement la rate est suspendue entre deux plages sonores à la percussion :

Plage supérieure formée par la lame pulmonaire qui descend dans le sinus costo diaphragmatique ;

Plage inférieure formée par l'estomac et l'intestin.

Organe peu dense, la rate intercepte mal le son. Aussi, quand on la recherche, convient-il de pratiquer une percussion douce.

Donc à l'état normal la rate n'est pas palpable. Une percussion douce pratiquée de haut en bas, en arrière de la ligne axillaire moyenne décèlerait la matité normale, physiologique de la rate.

Si la rate s'hypertrophie elle s'hypertrophie dans le sens de son axe, c'est-à-dire en bas, en avant et en dedans. Elle atteint alors la ligne axillaire antérieure. Sa surface de matité s'agrandit. Une rate percutable sur la ligne axillaire antérieure est une rate

hypertrophiée. La rate continue-t-elle d'augmenter de volume ? Elle déborde le rebord costal et devient alors directement appréciable au palper.

Dans les observations citées plus loin, c'est en percutant de haut en bas la ligne axillaire antérieure que nous avons recherché la splénomégalie.

La Splénomégalie
au cours de la Syphilis primaire

Nous envisagerons la splénomégalie au cours de la syphilis primaire successivement à deux points de vue :

— D'abord au point de *vue de la clinique.*
— Ensuite a un point de *vue didactique, théorique.*

Au point de vue *clinique* nous étudierons :

La date d'apparition de la splénomégalie.
La splénomégalie elle-même.
L'évolution de cette splénomégalie.
Son diagnostic différentiel.
Son importance dans le diagnostic de la syphilis.

Considérant ensuite la question sous un angle plus *théorique* nous envisagerons :

la nature de la splénomégalie.
la fréquence de cette splénomégalie.

Date d'apparition de la Splénomégalie

Il convient d'abord de préciser a quel moment de la période primaire la rate commence à augmenter de volume. Cette question est d'une difficulté extrême. D'abord on sait combien les malades sont peu précis lorsqu'on cherche à leur faire préciser la durée de l'incubation. Le plus souvent le malade a eu durant une certaine période différents coïts, si bien qu'il est impossible de déterminer quel fut le coït infectant. D'autre part, il est très rare de voir un accident primitif dès les premiers jours.

Nous devons déclarer que chez tous les sujets porteurs de chancres que nous avons pu, ces derniers mois, suivre, étudier et dont on trouvera plus loin les observations, chez tous nous avons constaté une augmentation de volume de la rate.

Dans l'observation IV, le chancre datait de 10 jours, de huit jours dans l'observation VII.

Il est, nous semble-t-il, une hypothèse fort intéressante, des plus curieuses, semblant avoir une assise solide sur l'étude de la syphilis expérimentale qui peut être proposée :

La splénomégalie, témoin de la septicémie syphilitique, apparaîtrait comme celle-ci dans les premiers jours qui suivent l'infection, au cours de la période d'incubation de la maladie, c'est-à-dire, bien avant l'apparition de l'accident primitif cliniquement ap-

préciable. La splénomégalie apparaîtrait avant le chancre lui-même.

On conçoit fort bien l'impossibilité de fournir des preuves cliniques pour vérifier cette hypothèse. Il faudrait chez un sujet qui vient d'être infecté percuter quotidiennement la rate.

Cependant l'étude si intéressante de la syphilis expérimentale a permis de trouver la solution de maints problèmes touchant la syphilis et, en particulier, a mis en évidence la précocité de la septicémie syphilitique.

Après l'inoculation expérimentale le tréponème se répand, et cela très rapidement, dans les tissus voisins, créant ainsi, bien avant l'apparition de l'accident primitf, des lésions histologiques. Cette notion est la conclusion de l'étude histologique de la kératite expérimentale du lapin syphilisé.

Mais à ce stade de lésions histologiques succède très rapidement le stade septicémique.

Neisser, dans un important mémoire a donné les résultats de ses recherches dans l'étude de la syphilis expérimentale chez les singes. (Gibbons, Orangs-Outangs, Catarrhiniens).

Il a trouvé le sang virulent DÈS LE 5e JOUR après l'inoculation.

Non seulement il y a septicémie, mais encore il a montré que des organes sont susceptibles de renfermer les tréponèmes. Ces organes, inoculés, peuvent transmettre l'infection. Au quatorzième jour il a

trouvé le tréponème DANS LA RATE, dans la moelle osseuse ainsi que dans les lymphatiques.

Il fait remarquer que c'est dans ces organes dits hématopoïétiques qu'on trouve, précocement et en abondance, le tréponème.

Donc, dès le cinquième jour après l'inoculation, vingt à vingt-cinq jours avant l'accident primitif il y a septicémie syphilitique.

On sait la ressemblance très grande qui existe entre la syphilis expérimentale simienne et la syphilis humaine.

C'est ainsi que la durée d'incubation de la syphilis simienne oscille, comme celle de la syphilis humaine, entre 21 et 35 jours.

Il est permis de penser également que dans la syphilis humaine il y a septicémie très précoce. Bien avant l'expérimentatiton, d'ailleurs, on savait qu'un sujet porteur d'un chancre spécifique était profondément infecté et depuis bien longtemps on a établi l'inutilité du traitement de la syphilis par l'excision du chancre.

Tout porte donc à croire, sans qu'on puisse en fournir de preuves cliniques impossibles à obtenir en pratique, que, dans la syphilis humaine, il y a septicémie précoce dès les premiers jours qui suivent l'infection, bien avant le chancre. Il est permis de penser d'autre part que cette septicémie infecte des viscères, dont la rate, et qu'il s'en suit une splénomégalie. L'apparition de la splénomégalie précéderait donc l'apparition de l'accident primitif.

Il est permis de penser d'ailleurs que cette hypothèse pourra trouver un jour sa solution dans la clinique grâce à des observations précises.

Il est des cas bien connus, indiscutables, de contagion avant l'éclosion du chancre. Un sujet contractant la spécificité par un rapport sexuel peut contaminer un autre sujet sain bien avant d'avoir le premier signe qui l'avertira de sa syphilis : le chancre.

Ces cas de contagion avant l'éclosion du chancre sont indéniables. Ils ne sont pas constants car on n'attrape pas la syphilis à chaque rapport. Ces cas bien établis par des observations précises (Galliot) sont la première preuve clinique qu'il existe chez l'homme une infection générale syphilitique précédant l'apparition du chancre spécifique.

Cependant Quinquaud et Nicolle distinguent, au cours de la syphilis primaire — en ne considérant que la splénomégalie — trois types de malades :

a) D'abord des sujets qui ne présentent, au début, aucune matité et chez lesquels on voit apparaître, dans les jours qui suivent, une matité splénique anormale.

b) Ensuite ceux chez lesquels on constate, lorsqu'ils viennent consulter, une matité splénique qui, par la suite, ira en se développant.

c) Enfin les sujets chez lesquels on observe une matité qui ne se développe pas.

Quinquaud et Nicolle citent deux observations de malades chez lesquels ils ont vu apparaître la splé-

nomégalie. Ces auteurs prennent comme critère d'une splénomégalie une matité de 4 travers de doigts observée « en percutant de haut en bas la zone axillaire, le sujet étant debout ». Cependant l'on pourrait faire observer l'imprécision d'un tel signe clinique. Des travaux, tout récents, ont montré que toute rate est percutable et qu'il convient de prendre des repères anatomiques précis (les lignes axillaires) pour juger d'une splénomégalie.

La question reste donc en suspens.

Cette hypothèse si séduisante d'une splénomégalie, premier signe clinique de la syphilis, précédant l'apparition du chancre doit être encore étudiée. D'autant plus que si son exactitude pouvait être prouvée elle serait susceptible de changer bien des idées actuelles, de bouleverser bien des théories touchant à la longueur de la période d'incubation de la syphilis ainsi qu'à la nature même de la réaction de Bordet-Wassermann.

Description de la Splénomégalie

La splénomégalie observée au cours de la période primaire de la syphilis est une splénomégalie d'intensité moyenne. Elle nous a semblé toujours décelable par la percussion. Les auteurs sont d'accord pour reconnaître, qu'aussi bien a la période primaire qu'à la période secondaire cette splénomégalie

n'est pas assez importante pour être décelée par la palpation.

Elle ne donne aucun signe fonctionnel ; c'est un symptôme latent qu'il faut rechercher. On a pu, dans certains cas, noter quelques symptômes fonctionnels et Soukernik, dans 37 cas de splénomégalie observés au cours de la période secondaire, a noté dans six cas de la splénodynie. C'est donc pratiquement une splénomégalie légère, uniquement décelable par la percussion.

L'Evolution de la Splénomégalie primaire

Cette question d'un intérêt capital ne peut pas encore être définitivement tranchée. On ne peut encore conclure. C'est là un problème très difficile à résoudre, car d'une part il est difficile de suivre les malades longtemps et d'une façon continue et d'autre part, il doit, quand à cette splénomégalie, exister des différences individuelles considérables.

La splénomégalie de la période primaire persiste, bien entendu, durant toute la période secondaire où elle est un signe constant et reconnu depuis longtemps d'infection syphilitique.

Il semble bien que chez un sujet traité la rate diminue de volume au fur et à mesure que, sous l'influence du traitement, les accident cutanéo-muqueux régressent.

Pour Quinquaud et Nicolle la splénomégalie, chez

un sujet traité disparaîtrait à la fin de la première année. Ces auteurs rapportent une observation très intéressante prouvant l'absence de matité splénique anormale chez un malade syphilitique tertiaire porteur de chancres mous.

Dans la thèse de Soukernik (où l'on peut trouver la bibliographie des premières recherches concernant la splénomégalie secondaire) sont rapportées un certain nombre d'observations dans lesquelles on a pu noter, chez des malades suivis et traités, la régression du volume de la rate parallèlement à celle des accidents cutanéo-muqueux.

Une conclusion de cette thèse est la suivante : « La rate hypertrophiée revient le plus souvent à son volume normal après la disparition des autres manifestations de la période secondaire de la maladie ».

Personnellement nous avons chez un malade, qui, cinq mois auparavant, présentait un chancre spécifique avec splénomégalie, recherché la splénomégalie. Il n'y avait pas de splénomégalie (observation n° XI). La splénomégalie, constatée lors du chancre, avait donc disparu entièrement.

L'observation n° VIII est fort intéressante. Chez un sujet, ancien spécifique, ayant fait par la suite de multiples chancres mous à des époques successives, on a pu reconnaître à nouveau la spécificité au niveau d'un de ces chancres et par les signes cliniques (induration et adénopathie) et par l'apparition d'une splénomégalie. La positivité sérologique est

venue confirmer cette hypothèse alors qu'antérieurement le sang s'était, lors de multiples examens, montré négatif.

Donc la splénomégalie peut être considérée comme un symptôme témoin de l'imprégnation syphilitique disparaissant avec celle-ci, apparaissant à nouveau lorsque celle-ci réapparaît.

Diagnostic différentiel de la Spénomégalie primaire

Il convient de préciser toutefois qu'il existe des cas ou le signe de la rate n'a point de valeur.

Ces cas sont ceux où la rate est augmentée de volume d'une façon chronique et où la splénomégalie constitue un signe d'infection.

C'est ainsi que le signe de la rate n'a pas de valeur chez les indigènes de l'Afrique du Nord que l'on voit souvent aux consultations d'hôpital ainsi que chez les sujets originaires de pays où ils ont pu contracter le paludisme. Ce signe n'a point de valeur également chez les sujets ayant pu contracter le Kala-Azar.

Il faut aussi écarter les splénomégalies monosymptomatiques, tout au moins au début, relevant d'une maladie de Banti, d'une tumeur de l'organe (kyste hydatique) d'une néoplasie.

Enfin il faut penser aussi à la syphilis héréditaire qui donne la splénomégalie avec la fréquence que l'on sait.

On reconnaîtra la nature hérédo-spécifique d'une splénomégalie par la coexistence d'autres signes viscéraux, hépatiques en particulier, et de stigmates d'hérédo-syphilis.

Toutefois il existe des splénomégalies monosymptomatiques relevant de la spécificité (Marfan-Germain-Sée-Jeanselme). Marfan chez ces jeunes sujets conseille d'instituer le traitement d'épreuve même lorsque l'interrogatoire et l'examen ne peuvent déceler un autre symptôme relevant de la spécificité.

Importance de la Splénomégalie primaire dans le Diagnostic de la Syphilis

Malgré ces restrictions, malgré ces cas où la splénomégalie ne peut servir au diagnostic celle-ci conserve, nous semble-t-il, une importance non négligeable et qui mérite une recherche systématique.

Les malades qui se présentent aux consultations porteurs de chancres peuvent, d'une façon très générale, être classés en 4 catégories.

Première catégorie. — Sujets porteurs d'un chancre syphilitique typique. L'examen découvre des signes de secondarisme. Le diagnostic est évident. La splénomégalie est un épiphénomène et a peu d'intérêt. Elle ne fait que confirmer la septicémie syphilitique.

Seconde catégorie. — Malades porteurs d'un chancre syphilitique cliniquement et bactériologique-

ment indiscutable. La splénomégalie est un signe intéressant qui vient affirmer l'imprégnation profonde de tout l'organisme et vient souligner que le sujet porteur d'un accident en apparence minime est en réalité profondément infecté.

Troisième catégorie. — Le sujet est porteur d'un chancre mixte dont Rollet a donné la description clinique. Les signes sont souvent contradictoires. Le chancre est douloureux et induré. Dans une aine existe un bubon, dans l'autre une adénopathie de caractère spécifique. Le Wassermann est souvent positif et l'on sait combien dans les chancres mixtes le tréponème est difficile à mettre en évidence.

Jointe aux signes cliniques la splénomégalie vient affirmer la participation spécifique au niveau de cet accident et autorise le traitement intensif, souvent avant la positivité sérologique.

Quatrième catégorie. — Ce sont les malades porteurs de chancres mous.

Deux cas sont à envisager :

— Ou bien la rate n'est pas percutable. Le malade a bien des chances de ne pas devenir syphilitique. L'absence des signes cliniques, la négativité des réactions sanguines, pratiquées systématiquement à intervalles réguliers, viendront affirmer l'absence de syphilis.

— Ou bien la rate est grosse. Il faut se méfier et soupçonner la syphilis. Il ne faut pas, sur ce seul symptômes établir le diagnostic de syphilis et traiter

le malade. On risquerait de commettre l'erreur consistant à traiter pour la syphilis un sujet qui a un chancre mou. Il faut quotidiennement examiner le chancre et dès l'apparition de signes cliniques rappelant la spécificité (ganglions, induration, signe du volet) traiter le malade. Le Wassermann est encore négatif à cette période. La recherche du tréponème est très difficile et presque toujours négative.

M. le Professeur Jeanselme a montré combien était grand le nombre de chancres mous qui devenaient mixtes secondairement, combien il faut être prudent en présence d'un chancre mou. Il faut épier la syphilis, ne la rejeter définitivement qu'après avoir suivi longtemps et minutieusement le malade et la traiter dès son apparition. Nous citons plus loin une observation très instructive à cet égard (n° XIV) : malade offrant un chancre mou et une splénomégalie. Suivi au jour le jour, nous avons vu apparaître chez lui des signes cliniques de spécificité. La rate, dans ce cas, nous a été un symptôme précieux nous permettant de soupçonner la spécificité puis de l'affirmer et mettant le malade au traitement novarsénobenzolique de le faire bénéficier d'une thérapeutique précoce.

Nous n'avons envisagé, dans ces catégories, que les sujets porteurs de chancres. On conçoit l'importance de la splénomégalie dans le diagnostic différentiel du chancre syphilitique non seulement avec le chancre mou mais avec l'herpès par exemple. On sait combien le diagnostic est souvent ma-

laisé entre chancre syphilitique et herpès. Dans ces cas la splénomégalie nous a paru un signe important témoin de l'infection syphilitique, un signe de forte probabilité que venaient confirmer les signes de laboratoire (Exemple : observation n° XIX).

Nous envisagerons maintenant *la nature* de cette splénomégalie et sa fréquence.

Ce sont là des questions qui n'ont pas encore trouvé leur solution et qui restent à l'étude.

On comprend aisément la difficulté d'étudier au point de vue anatomo-pathologique la rate au cours du chancre syphilitique.

On a vu, en étudiant la syphilis expérimentale, combien la septicémie était précoce, combien les lymphatiques étaient envahis par le tréponème. De par ses connexions vasculo-sanguines de par ses connexions lymphatiques on conçoit fort bien que la rate réagisse comme un ganglion et s'hypertrophie au cours d'une septicémie. La splénomégalie est un signe d'infection générale.

D'autre part, rentre-t-il, dans cette splénomégalie, un élément inflammatoire? Cette hypertrophie a-t-elle des caractères spécifiques? Ce sont là des hypothèses. On ignore le substratum anatomique des splénomégalies du début de la syphilis.

La *fréquence* de la splénomégalie tout au début de la syphilis est diversement appréciée.

Rare pour certains auteurs (11 % des cas), elle serait « commune » pour d'autres. Enfin Quinquaud et Nicolle la déclarent constante. Chez tous les malades que nous avons examinés nous avons observé la splénomégalie.

D'abord la splénomégalie est-elle toujours la même chez tous les sujets? Sûrement non. Il existe certainement des différences individuelles considérables. D'autre part, il est certain qu'il est des syphilis à grosse rate et des syphilis à splénomégalie moyenne, témoin l'antagonisme qui existe entre la splénomégalie de la période secondaire et les accidents cutanéo-muqueux.

Enfin et surtout la splénomégalie s'observe-t-elle constamment au début de la syphilis? Nous le pensons. Cependant Quinquaud et Nicolle ont assisté à son apparition chez des sujets porteurs de chancres syphilitiques. Mais on a vu précédemment l'imprécision de leur critère clinique.

Il faudrait un travail de statistique portant sur un très grand nombre de cas examinés minutieusement et suivis pour résoudre cette question.

Si l'on pouvait démontrer que la splénomégalie, stigmate d'infection, existe toujours au début de la syphilis, ce symptôme, aujourd'hui considéré comme secondaire, non recherché le plus souvent, occuperait le premier plan et prendrait une valeur considérable. C'est ce que nous pensons.

A l'appui de cette thèse nous apportons les observations qui suivent.

A leur sujet plusieurs remarques peuvent être formulées :

D'abord l'on pourrait s'étonner du petit nombre d'observations présentées. Cela tient d'abord à ce que nous ne recherchons le signe de la rate que depuis peu de temps. D'autre part, bon nombre de malades sont indociles, ne peuvent être examinés à fond et suivis. Il est encore difficile de trouver des syphilis primaires. Très souvent le sujet porteur d'un chancre spécifique présente aussi de la roséole et des syphilides secondaires. L'on passe des consultations entières sans observer un chancre syphilitique.

Pour ces raisons nous n'avons pu établir de statistique. Il faut reconnaître l'importance que prendrait la conclusion tirée de l'étude d'un très grand nombre de cas de syphilis primaire. Ainsi peut-être pourrait-on arriver à trancher la question de savoir si la splénomégalie existe dans toutes les syphilis primaires.

C'est le professeur Fournier qui, le premier, a souligné l'importance considérable de cette question. Si l'on trouvait la rate constamment augmentée au cours de la syphilis primaire, on verrait ce symptôme, jusqu'ici considéré comme secondaire, devenir un symptôme capital de spécificité.

Dans les observations qui vont suivre, nous avons,

pour affirmer la présence du bacille de Ducrey, pratiqué la coloration du bacille par le bleu de méthylène ainsi que l'auto-inoculation.

C'est par l'ultra-microscope que nous avons recherché le tréponème et nous avons suivi nos malades par la réaction de Hecht et celle de Wassermann pratiquées dans le laboratoire de notre maître, M. le Docteur Louste.

Convaincus cependant de la supériorité de la clinique, nous avons bien souvent basé le diagnostic de spécificité sur des signes aujourd'hui classiques (induration, allure de l'adénopathie) lorsque des signes de laborations (en particulier l'ultra-microscope) étaient négatifs.

Observations

OBSERVATION I

Le malade, H. V. Maurice, vient consulter le 13-2-26, présentant sur la partie latérale droite de la portion muqueuse du prépuce, un chancre du volume d'une amande, légèrement surélevé, très nettement induré.

Les deux aines sont occupées par des ganglions durs, mobiles, indolents. L'adénopathie est plus marquée dans l'aine gauche que dans l'aine droite.

Ce chancre date de 3 semaines. Il serait consécutif à un coït remontant trois semaines avant sa date d'apparition. Aucun coït depuis cette date jusqu'à la date d'apparition du chancre.

La rate est percutable sur une hauteur de 12 cm. environ. Aucun signe cutanéo-muqueux de secondarisme.

Réaction de Hecht = — — + +

Réaction de Wassermann = — — — +. Examen à l'utra-microscope positif. On institue le jour même une série de novarsénobenzol.

Le 16-2-26, on constate nettement de la roséole sur les flancs du malade. On continue le traitement intensif (fiche n° 10.570).

OBSERVATION II

Sujet de 28 ans présentant un chancre induré de la partie cutanée de la face antérieure du prépuce.

Ce chancre est croûteux et infecté. Il existe un œdème marqué de la verge. Les deux aines sont occupées par des ganglions petits, durs, mobiles, indolents.

L'adénopathie est plus marquée à gauche, où l'on note un préfet de l'aine.

Ce chancre est apparu il y a un mois.

Le sujet ne présente aucun signe cutanéo-muqueux de secondarisme. Il ne présente pas de roséole.

Rien à la bouche. Rien à l'anus.

La rate du sujet est percutable sur la ligne axillaire antérieure sur une hauteur de 8 cm. environ.

De suite on pratique une prise de sang. La réaction de Hecht et celle de Wassermann sont positives totales.

On commence une série de novarsénobenzol et le sujet est traité énergiquement. (Fiche n° 10.620).

OBSERVATION III

Le malade V... Jean, âgé de 23 ans, vient consulter le 13-2-26, présentant sur la face latérale droite du prépuce un chancre, des dimensions d'une grosse lentille, croûteux, induré, indolent.

L'aine droite ne présente pas d'adénopathie. Dans l'aine gauche existe un gros ganglion dur, mobile, indolent.

Ce chancre date de 15 jours. Il est apparu un mois après un rapport suspect. A la date de ce jour, le malade ne présente aucun signe cutanéo-muqueux de secondarisme.

Il présente une augmentation de volume de la rate. Sur la ligne axillaire antérieure, la rate est percutable sur une hauteur de 10 cm. environ.

La réaction de Hecht et la réaction de Wassermann sont positives totales. Le sujet est traité par le novarsénobenzol. (Fiche n° 10.568).

OBSERVATION IV

Le malade C... Paul, âgé de 21 ans, entre à la salle Bichat le vendredi 25 décembre 1925, présentant dans le sillon balano-préputial, cinq chancres érosifs, lenticulaires, indolents et indurés.

Les deux aines sont occupées par des ganglions gros, durs, douloureux, formant une véritable chaîne.

Il existe, de chaque côté, un préfet de l'aine.

Il n'existe aucun signe cutanéo-muqueux de secondarisme. La rate ne semble pas percutable. Ces chancres datent de 8 jours.

Par ailleurs, le sujet, atteint depuis trois ans d'une néphrite albumineuse simple, est très pâle. Il accuse de l'asthénie, des vertiges, des courbatures. La tension artérielle, prise avec l'appareil Pachon, est de 12-7

On pratique un dosage de l'albumine dans les urines à l'aide du tube d'Esbach : un gramme environ.

Il y a 0 gr. 28 d'urée par litre de sérum sanguin.

On examine le sujet à nouveau quelques jours après, le lundi 28 janvier.

Deux faits cliniques nouveaux sont à signaler : d'abord l'apparition d'un œdème marqué du fourreau de la verge qui n'existait pas à l'entrée du sujet à l'hôpital.

En second lieu, la rate du sujet est très nettement percutable sur la ligne axillaire antérieure, sur une hauteur de 8 centimètres environ.

On pratique la réaction de Wassermann qui se montre positive totale. On traite le sujet avec prudence, par le novarsénobenzol (fiche n° 10.077).

OBSERVATION V

Le sujet, L... Marcel, 18 ans, couvreur, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Bichat, le 11 juillet 1925, présentant une verge en battant de cloche avec phimosis datant de 15 jours environ, aux dires du malade.

On palpe à travers le fourreau et l'on perçoit deux indurations :

L'une au niveau de la face dorsale du sillon balano-préputial.

L'autre sur le prépuce, à l'union de la portion muqueuse et de la portion cutanée.

Adénopathie inguinale bilatérale : les ganglions sont gros, douloureux, un peu mobiles, durs.

Le malade présente d'autre part une blennorragie.

Aucun signe cutanéo-muqueux de secondarisme.

La rate du sujet est percutable sur la ligne axillaire antérieure sur une hauteur de 9 travers de doigts environ.

La réaction de Hecht et celle de Wassermann sont négatives.

On commence le traitement par le novarsénobenzol (Fiche n° 8.425).

OBSERVATION VI

Le malade, Z... Paul, âgé de 19 ans, entre salle Bichat le 24 janvier 1926, pour un chancre, des dimensions d'une pièce de 1 franc situé sur la face antérieure de la

peau de la verge. Ce chancre est croûteux, induré, indolent. Il a fait son apparition il y a 12 jours.

Dans l'aine droite, le palper perçoit une masse ganglionnaire, dure, peu mobile, un peu douloureuse.

Dans l'aine gauche, on note des ganglions durs, mobiles, indolents. Un ganglion prédomine par sa grosseur.

Aucun signe cutanéo-muqueux de secondarisme ; pas de roséole ; rien à l'anus ; rien dans la bouche.

La rate est percutable sur la ligne axillaire antérieure sur une hauteur de 12 cm. environ.

La réaction de Hecht et celle de Wassermann se montrent toutes les deux positives.

On traite de suite le sujet par le novarsénobenzol (fiche n° 10.310).

OBSERVATION VII

Le malade G... Jules, âgé de 57 ans, vient consulter, présentant, sur la face antérieure du sillon balano-préputial un chancre en feuillet de livre.

L'induration est très nette. Le chancre présente tous les caractères du chancre syphilitique.

Il existe de l'œdème du fourreau de la verge.

D'autre part, dans les deux aines, on constate la présence de ganglions petits, durs, mobiles, indolores. Ce chancre a fait son apparition il y a huit jours. Wassermann et Hecht négatifs.

Il est survenu un mois après un coït suspect.

L'examen à l'ultra-microscope est positif. Aucun signe de secondarisme.

La rate du sujet est augmentée de volume ; elle est percutable sur la ligne axillaire antérieure sur une hauteur de 10 cm. environ. On met de suite le malade au

novarsénobenzol. On a pratiqué chez ce sujet deux séries de novarsénobenzol et une série de quinby.

Diverses prises de sang pratiquées ultérieurement, tant au début qu'à la fin des séries se sont toujours montrées négatives (malade de la consultation de l'hôpital Beaujon).

OBSERVATION VIII

Sujet de 26 ans, ayant présenté, à la fin de 1919, un chancre induré de la face antérieure de la portion muqueuse du prépuce avec œdème de la verge et adénopathie inguinale bilatérale de caractère spécifique. On pose le diagnostic de syphilis primaire et l'on traite le malade par le novarsénobenzol.

De 1920 à la fin de 1923, le malade est traité à la consultation du soir à l'hôpital Saint-Louis ; on pratique pendant cette période de multiples séries de novar et d'huile grise, ainsi que de multiples prises de sang qui toutes — sauf la première qui se montra positive — se montrèrent négatives par la suite.

Le sujet vient consulter salle Hillairet, le 28 octobre 1924, présentant sur la face muqueuse du gland une ulcération numulaire, légèrement saillante, bordée par un liseré rouge, présentant un fond irrégulier. Cette ulcération est douloureuse au contact et saigne facilement. Elle date d'une vingtaine de jours.

Il s'agit d'un chancre mou. L'examen à l'ultra-microscope est négatif. L'auto-inoculation est positive. On traite ce chancre par le chlorure de zinc, puis par l'iodoforme. Guérison. La réaction de Hecht et celle de Wassermann, à cette date, sont négatives.

Le malade vient consulter une seconde fois le 28 juillet 1925, présentant sur le fourreau de la verge depuis

15 jours, un nouveau chancre mou. Autour de ce chancre, existe une zone inflammatoire périphérique très intense. Traitement local avec la poudre d'iodoforme. Le 4-8-25, on pratique une prise de sang ; la réaction de Hecht et celle de Wassermann se montrent négatives. Guérison. Nouveau chancre mou en octobre, pour lequel le malade vient consulter le 29-10-25.

On commence à instituer par erreur un traitement novarsénobenzolique. Le malade reçoit 0,15, puis 0.30. Cependant, le 5-11-25, on pratique une prise de sang : réaction de Hecht et réaction de Wassermann négatives. On suspend le traitement spécifique et la guérison survient rapidement par des soins locaux.

Le sujet vient encore consulter le 5-3-26 pour deux chancres situés : le premier dans la moitié droite du sillon balano-préputial ; il a les dimensions d'une pièce de 1 franc : le second dans la moitié gauche du sillon balano-préputial, près du filet ; il a les dimensions d'une pièce de 0.50.

Ces chancres sont érosifs, arrondis, de couleur chair musculaire, suintants, mais non suppurants. Enfin, ils reposent sur une base indurée.

Il existe une adénopathie inguinale bilatérale : ganglions durs, mobiles, indolents.

Ces chancres datent de 3 semaines.

La rate du sujet est très nettement percutable sur la ligne axillaire antérieure.

Enfin, on pratique une prise de sang ; réaction de Hecht et de Wassermann positives totales. Cependant, l'examen à l'ultra-microscope est négatif.

On institue le traitement novarsénobenzolique. (Fiche n° 7.299).

OBSERVATION IX

Le malade, H... Emile, vient consulter, le 18 mars 1926, pour un chancre siégeant dans la moitié droite du sillon balano-préputial.

Ce chancre est lenticulaire, ovalaire, en feuillet de livre. Il est lisse, vernissé, sans bords. A la palpation, il est indolent et repose sur une base indurée.

Dans les deux aines existent des ganglions durs, mobiles, indolents et gros. Cette adénopathie est visible à l'œil nu. Ce chancre date de 3 semaines. L'examen à l'ultra-microscope, pratiqué le 19 mars 1926, au laboratoire Bichat, montre la présence du tréponème de la syphilis.

On pratique ce même jour une prise de sang : réaction de Hecht positive totale ; réaction de Wassermann partiellement positive.

La rate du sujet est percutable sur la ligne axillaire antérieure sur une hauteur de 8 cm. environ. Aucun signe cutanéo-muqueux de secondarisme.

On traite de suite le malade par le novarsénobenzol. (Fiche n° 10.838 bis).

OBSERVATION X

Le malade, Ar... H., âgé de 23 ans, entre à la salle Bichat, le 12 décembre 1925, pour un chancre induré typique situé sur la face latérale gauche du sillon balano-préputial. La verge est œdématiée. Il existe une balanite concomitante. Dans les deux aines, existent des ganglions durs, indolents, mobiles. L'examen à l'ultra-microscope est positif. Ce chancre date de 12 jours. La rate est percutable sur la ligne axillaire antérieure, sur une hauteur de 10 cm. environ. Aucun signe de secondarisme.

Dès l'entrée du malade à l'hôpital, on pratique une prise de sang. La réaction de Hecht et celle de Wassermann sont négatives. On institue une série de novarsénobenzol. Le malade, par la suite, est suivi et régulièrement traité. Une prise de sang pratiquée le 18 mars 1926 se montre totalement négative (Fiche n° 9.960).

OBSERVATION XI

Le malade, B... Robert, âgé de 22 ans, vient consulter à l'hôpital Beaujon, le lundi 2 novembre 1925, pour un chancre induré typique, siégeant en partie dans le sillon balano-préputial, en partie sur le fourreau de la verge. Œdème de la verge. Dans les deux aines existent des ganglions durs, mobiles, petits, indolents. Ce chancre aurait fait son apparition, dit le malade, il y a une dizaine de jours.

Le vendredi 30 mars 1926, une prise de sang pratiquée en ville se serait montrée positive. Un examen à l'ultramicroscope aurait été, de même, positif.

Actuellement, outre les signes précités, le malade présente de la splénomégalie : sur la ligne axillaire antérieure, la rate est percutable sur une hauteur de 12 cm.

Aucun signe cutanéo-muqueux de secondarisme.

On traite le malade par le novarsénobenzol. On institue plusieurs séries.

On examine à nouveau le sujet le lundi 22 mars 1926 (cinq mois après l'accident). La rate n'est plus perceptible à la percussion sur la ligne axillaire antérieure (malade de la consultation de l'hôpital Beaujon).

OBSERVATION XII

Le malade P... Raoul vient consulter le 13 février 1926 pour phimosis.

Le 25 décembre 1925, il constate un écoulement blennorragique. Vers la fin du mois de janvier, des boutons, au dire du malade, apparaissent sur la verge. Un médecin consulté pose le diagnostic d'herpès et prescrit des soins locaux. Aucune amélioration. La verge augmente de volume et le sujet ne peut décalotter. Devant ces nouveaux symptômes, il vient consulter.

On constate une verge en battant de cloche, œdématiée. Il existe du phimosis. Par le prépuce, s'écoule un suintement verdâtre.

La palpation du prépuce permet de sentir une induration diffuse.

Dans les deux aines existent des ganglions durs, mobiles, indolents. Aucun signe cutanéo-muqueux de secondarisme. La rate est percutable sur la ligne axillaire antérieure, sur une hauteur de 8 cm. environ. Le 13 février 1926, on pratique la réaction de Wassermann : elle est positive, totale. Ce même jour, on injecte 0 gr. 15 de novarsénobenzol. Le malade rentre à l'hôpital.

Le lundi 15, le malade présente de la roséole. On continue intensivement le traitement. Le sujet sort de l'hôpital le 27 février 1926 ; ses accidents persistent encore, bien que très atténués. Le malade est suivi à la Polyclinique Hillairet (Fiche n° 10.574).

OBSERVATION XIII

M. J., âgé de 25 ans, entre salle Bichat pour un chancre occupant la région du filet. Ovalaire, il est allongé

mesurant 1 cm. de long sur 3 à 4 millimètres de large. Il suit la longueur du filet qu'il a déchiré.

A la palpation, ce chancre est douloureux et nettement induré.

L'aine gauche est occupée par un bubon. Il forme deux masses du volume d'une noix, situées l'une au-dessus de l'autre, séparées par le pli inguinal. La masse est fluctuante. La peau, à ce niveau, est rouge et luisante.

L'aine droite présente des ganglions durs, mobiles, indolents. L'un d'eux prédomine par son volume.

Ce chancre date de un mois. Au début, il était plus petit et très douloureux. Au bout de trois semaines, il a changé de caractères ; il s'est étalé, est devenu moins douloureux et s'est induré en même temps qu'apparaissait dans l'aine droite l'adénopathie décrite.

Aucun signe cutanéo-muqueux de secondarisme. Pas d'asthénie. Pas de céphalées. Sur la ligne axillaire antérieure, la rate est percutable sur une hauteur de 11 cm.

L'examen du chancre à l'ultra-microscope est négatif. On pratique une prise de sang : La réaction de Hecht et celle de Wassermann se montrent négatives.

De suite, on met le malade au traitement par le novarsénobenzol. (Fiche n° 10.079).

OBSERVATION XIV

Le malade V... Pierre, âgé de 26 ans, électricien, présente, le samedi 6 mars 1926, sur la face dorsale du prépuce, dans sa portion muqueuse, un chancre lenticulaire, présentant des bords, saignotant au centre, non induré, douloureux à la pression.

Dans les deux aines existent des ganglions durs, mobiles, indolents. Dans l'aine droite, un ganglion prédomine par sa grosseur.

Ce chancre est apparu il y a douze jours. Aucun signe cutanéo-muqueux de secondarisme. La rate est percutable sur la ligne axillaire antérieure sur une hauteur de 12 cm. environ.

On pratique un examen à l'ultra-microscope qui se montre négatif. On pratique une prise de sang. La réaction de Hecht et celle de Wassermann sont négatives. La recherche du bacille de Ducrey, au niveau du chancre, est positive. Le malade vient consulter à nouveau deux jours plus tard, le lundi 8 mars. L'aspect du chancre est différent (14e jour).

Il est maintenant ovalaire, allongé transversalement, présentant un demi-centimètre de hauteur sur un centimètre de large. Lorsque le sujet met son gland à nu, le prépuce se rabat en volet.

La palpation montre que ce chancre est un peu douloureux et qu'il est nettement induré.

Le fond du chancre est diphtéroïde. L'examen au stylet permet de reconnaître l'affaissement de ses bords. Enfin, on constate un léger œdème du prépuce. On pratique trois ultra-microscopes qui se montrent négatifs. Cependant, devant les signes cliniques de spécificité (adénopathie, allure spécifique, induration du chancre, œdème du prépuce), on pose le diagnostic de chancre mixte et l'on commence une série de novarsénobenzol, sur le conseil de notre maître, le Dr Louste.

On revoit à nouveau le malade le lundi 15 mars. Il a reçu 0 gr. 15 de novarsénobenzol. Cette dose fut assez mal tolérée. Le malade n'a reçu aucun médicament depuis. Il présente cliniquement, au niveau de son chancre, des signes indiscutables de spécificité, induration très nette, diminution de la douleur. On continue, avec prudence, le traitement par le novarsénobenzol. Une prise de sang pratiquée le 15 mars 1926 se montre négative. On institue 0.30, 0.45 de Novar. Nouvelle prise de sang

le 22 mars 1926. Elle est négative. A cette dernière date, le chancre est très amélioré et tend à disparaître. On continue le traitement par le novarsénobenzol, qui est bien toléré. (Fiche n° 10.780).

OBSERVATION XV

M... Giovanni entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Bichat, le 2 janvier 1926, pour une petite ulcération lenticulaire, occupant la face antérieure du prépuce. Irrégulière, creuse, saignotante, à tendance bourgeonnante, cette ulcération est allongée, fissuraire, présentant d'autre part des bords surélevés formant un véritable bourrelet. A la palpation, cette lésion se montre un peu douloureuse et très nettement indurée. Cette ulcération, aux dires du malade, aurait fait son apparition il y a quinze jours.

Dans l'aine droite existe une adénopathie à allure spéciale.

Dans la partie supérieure de l'aine, le palper perçoit des ganglions petits, durs, mobiles, indolents. Dans la partie inférieure de l'aine, on perçoit une masse dure, du volume d'une noix, immobile et très douloureuse à la palpation.

L'aine gauche est occupée par une pléiade de ganglions petits, durs, mobiles, indolents.

Il n'existe aucun signe cutanéo-muqueux de secondarisme. Rien dans la bouche. Rien à l'anus.

La rate est percutable sur la ligne axillaire antérieure, sur une hauteur de 10 cm. environ. La réaction de Bordet-Wassermann et celle de Hecht se montrent négatives. On traite de suite le malade par le novarsénobenzol. (Fiche n° 10.085).

OBSERVATION XVI

Le malade S... Charles, 52 ans, journalier, entre salle Bichat le 14 novembre 1925, pour une ulcération située à la face postérieure du prépuce. Des dimensions d'une pièce de 0 fr. 50, de contours irréguliers, elle présente un bord un peu surélevé, un fond jaunâtre, et, par endroits, saignotant.

A la pression, ce chancre se montre légèrement induré, indolore, saignotant. Les deux aines sont occupées par des ganglions durs, mobiles, indolents. Au niveau de l'aide droite est la cicatrice d'un bubon opéré à l'hôpital Ricord il y a 25 ans.

Cette ulcération date de deux mois. Au début, elle présentait un autre aspect ; c'était, aux dires du malade, un gros bouton mou, douloureux à la pression.

Il y a quinze jours, l'ulcération a diminué d'étendue. Elle s'est affaissée et est devenue indolente.

A la date actuelle, aucun signe de secondarisme ; rien à la bouche, rien à l'anus, rien sur la peau. La rate est percutable sur la ligne axillaire antérieure sur une hauteur de 10 cm. On traite le malade par le novarsénobenzol. Mais le sujet refuse le traitement et sort de l'hôpital sur sa demande. On n'a pu pratiquer de prise de sang. (Fiche n° 9.430).

OBSERVATION XVII

Le malade D... Gaston, âgé de 22 ans, électricien, entre salle Bichat le 13 mars 1926, pour trois chancres situés dans le sillon balano-préputial.

Un chancre siège dans la moitié droite du sillon balano-préputial ; le second dans la moitié gauche ; le troi-

sième, dans l'extrémité droite du sillon balano-préputial, tout près du filet, qui est intact.

Ces chancres sont surélevés ; des dimensions d'une pièce de 0 fr. 50, ils sont de contours irréguliers. Ils présentent un bord, surélevé en un petit bourrelet, purpurique et très appréciable à l'exploration au stylet. Le fond, creux, est jaune clair, sanieux, purulent et saignotant par endroits.

La palpation de ces chancres montre qu'il existe une induration légère, mais très nette. Cette induration est surtout marquée au niveau du chancre situé près du filet. La palpation de ces chancres est douloureuse. Ces chancres datent de 20 jours.

Dans l'aine droite, le palper perçoit des ganglions durs, petits, mobiles, indolents.

Dans l'aine gauche existe un bubon, du volume d'une noix, au niveau duquel la peau est rouge.

Enfin, on constate un léger œdème du prépuce.

La rate sur la ligne axillaire antérieure est percutable sur une hauteur de 8 cm. environ. Aucun signe cutanéo-muqueux de secondarisme.

La recherche du bacille de Ducrey est positive.

On pratique un ultra-microscope qui reste négatif.

La réaction de Wassermann et celle de Hecht pratiquées dans le sang du malade sont toutes les deux négatives.

Devant ce tableau clinique, on pose le diagnostic de chancre mixte et l'on traite le malade par le novarsénobenzol. (Fiche n° 10.791).

OBSERVATION XVIII

Le malade G... Jean, âgé de 43 ans, vient consulter le samedi 20 mars 1926, présentant dans la moitié droite

du sillon balano-préputial, tout au fond de ce sillon, contre le repli du frein, un chancre qui, cliniquement, a l'aspect d'un chancre mixte.

C'est une érosion lenticulaire, irrégulière, cachée en partie par le frein, qui est intact, présentant un bord net, rouge, un fond sanieux, jaunâtre.

Au palper, ce chancre est légèrement douloureux. La palpation montre, d'autre part, une induration très nette de toute la région du filet.

Sur la face latérale gauche du filet existe un second chancre plus petit présentant les mêmes caractères, apparu une dizaine de jours après le précédent.

Il existe un œdème léger de la verge. L'accident primitif est apparu 20 jours après un seul rapport extra-conjugal suspect. Il date de 3 semaines.

Dans les deux aines existent des ganglions durs, petits, mobiles, indolents. Pas de bubon. La rate est percutable sur la ligne axillaire antérieure sur une hauteur de 12 cm. environ. Ce même jour, on pratique un ultra-microscope qui se montre positif. On pratique une prise de sang : Réaction de Hecht et de Wassermann négatives. Il n'existe aucun signe de secondarisme.

Le 21 mars 1926, on pratique un nouvel examen à l'ultra-microscope, qui se montre négatif. Cependant, devant la négativité de ce signe de laboratoire, on maintient le diagnostic de spécificité en se basant sur l'intégrité du filet, sur l'induration, sur l'allure de l'adénopathie inguinale bilatérale, sur la splénomégalie. Le 22 mars 1926, on institue le traitement par le novarsénobenzol (malade de la consultation de l'hôpital Beaujon).

Par opposition aux observations précédentes, on nous permettra, par contre, de rapporter l'observation suivante, prouvant l'absence de splénomégalie au cours de l'évolution d'un chancre mou. Ce symptôme négatif, quotidiennement constaté, corroboré par la négativité sérologique, nous a permis d'écarter la spécificité.

Nous pourrions citer plusieurs observations identiques. Celle-ci nous a paru particulièrement démonstrative.

OBSERVATION XIX

Le sujet B... Ernest, âgé de 20 ans, entre salle Bichat, lit n° 27, le 6 mars 1926, pour un chancre lenticulaire situé dans la moitié droite du filet de la verge. Ce chancre est creux, présentant un fond diphtéroïde, saignotant. L'exploration au stylet montre qu'il existe des bords. Il n'est pas induré, à la palpation. Ce chancre a fait son apparition il y a huit à dix jours, dit le malade. Il est survenu deux à trois jours après un coït suspect.

Dans l'aine droite existent des ganglions durs, mobiles, indolents. Ils sont très petits. Le malade déclare les avoir toujours eus.

Dans l'aine gauche existe un bubon avec péri-adénite.

La rate n'est pas percutable sur la ligne axillaire antérieure. Aucun signe cutanéo-muqueux de secondarisme. Deux examens à l'ultra-microscope se sont montrés négatifs. L'auto-inoculation du chancre est positive.

On pratique une prise de sang : Wassermann et Hecht négatifs. On institue un traitement local du chancre.

Tous les deux ou trois jours, on recherche la splénomégalie en percutant la ligne axillaire antérieure. On n'a jamais décelé de matité.

On pratique une seconde fois une réaction de Hecht et une de Wassermann le 15 mars 1926 : résultat négatif.

Ces deux réactions pratiquées une troisième fois, le 22 mars 1926, se sont montrées négatives. (Fiche n° 10.534).

Conclusions

1°) La splénomégalie est un symptôme latent, mais constant, au cours de la période primaire de la syphilis, qu'il convient de rechercher.

2°) Témoin de la septicémie syphilitique c'est, au cours de la syphilis primaire un symptôme important et intéressant qui, dans les cas cliniquement évidents, vient corroborer le diagnostic, surtout lorsque ces cas sont récents et que la sérologie est encore négative.

3°) C'est un symptôme clinique qui joint aux autres (aspect de chancre, induration, adénopathie) aide au diagnostic différentiel et est précieux dans certains cas difficiles (herpès par exemple).

4°) C'est dans les chancres mixtes, où la positivité sérologique est tardive, où les résultats du laboratoire (ultra-microscope en particulier) sont presque toujours négatifs, que la splénomégalie nous a paru un signe très intéressant à signaler et à rechercher. Cette splénomégalie, jointe à d'autres signes cliniques présentés par le malade, peut aider à affir-

mer le diagnostic de syphilis et peut, ainsi, faire bénéficier le sujet d'un traitement précoce.

5°) Au cours de l'évolution du chancre mou la recherche systématique et quotidienne de la splénomégalie aidée de l'examen clinique quotidien du chancre nous a permis, bien avant la positivité sérologique, d'affirmer la transformation syphilitique d'un chancre primitivement mou. Dans d'autres cas de chancres mous l'absence de splénomégalie, que venait confirmer la négativité des signes de laboratoire, nous a paru être une excellente preuve de l'absence de syphilis.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. E. JEANSELME.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

LAPIE.

Bibliographie

Chevalier et Joannon. — Prophylaxie de la Syphilis. — *L'Hôpital.*, 1922, p. 364.

Fournier. — Traité de la Syphilis, Tome I, p. 732.

Gaucher. — Précis de Syphiligraphie. — La Syphilis des Viscères.

Gaillot. — Syphilis. Contagion avant l'éclosion du chancre. Effet du traitement préventif. — *Société de Derm. et Syphil.*, Séance du 11-2-21, in *Bulletin.*

De Gennes. — Syphilis de la Rate. — Thèse Paris 1921.

Jeanselme. — Conduite générale du traitement de la Syphilis. — *L'Hôpital*, Mars 1921, p. 791.

Jeanselme et Schulmann. — Les splénomégalies syphilitiques monosymptomatiques. — *Le Journal Médical Français.* Décembre 1922, p. 497.

Levaditi et Manouelian. — Syphilis expérimentale. — Compte rendu de la Soc. de Biologie, 1905, volume 59, p. 527.

Lévy Bing et Laffont. — La Syphilis Expérimentale. Doin, 1911 (p. 224 et passim).

Metschnikoff. — La Syphilis Expérimentale. Rapport officiel. — Congrès de Lisbonne, 1906.

Metschnikoff et Roux. — Etudes expérimentales sur la Syphilis. — *Annales de l'Institut Pasteur :* 1903, XVII, p. 809 ; 1904, n° 1 ; 1904, novembre ; 1905, novembre.

Neisser. — Die expérimentelle syphilisforschung nach ihrem gegenuärtigen Stande. — Extrait de la *Société allemande de Dermatologie.*, 9e Congrès, Berlin 1906.

Queyrat et Levaditi. — *Bulletin de la Soc. Médicale des Hôpitaux*, 30 mars 1906.

Quineaud et Nicolle. — Etude clinique sur les hypertrophies de la Rate dans la Syphilis acquise. — *Annales de Derm. et Syph.*, 1892, p. 1228.

Soukernik. — La splénomégalie pendant la période secondaire de la syphilis. — Thèse Paris. 1895.

Weille. — *Deutsches Archiv. fur Klinische Medecine*, 1874, T. 13.